Educational Research & Innovation Journal
Issued by Education Strategy Administration
Ain Shams University

مجلة بحوث التعليم والابتكار
تصدر عن ادارة تطوير التعليم
جامعة عين شمس

التنظيم الانفعالي ينبأ بالشره العصبي وصورة الجسم لدى الطلبة في دولة الكويت

Emotional regulation predicts bulimia nervosa and body image among students in the State of Kuwait

د/ رقية سالم راشد العبهول[1]

[1] باحثة نفسية بوزارة التربية والتعليم – بدولة الكويت

المستخلص:

تهدف هذه الدراسة إلى التحقق من قدرة التنظيم الانفعالي على التنبؤ بكلٍ من الشره العصبي، وصورة الجسم، فضلًا عن الكشف عن اختلاف متغيري التنظيم الانفعالي والشره العصبي باختلاف المتغيرات الديموجرافية (الجنس، العمر، المستوى التعليمي)، وتم تطبيق مقياس التنظيم الانفعالي، ومقياس الشره العصبي، ومقياس صورة الجسم من إعداد الباحثة على (N=100) من الطلاب المرضى الذين يعانون من الشره العصبي ممن يترددون على عيادات السمنة، وخلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج، من أهمها: وجود علاقة ارتباطية بين التنظيم الانفعالي والشره العصبي وصورة الجسم، إذ يعتبر التنظيم الانفعالي من أهم محددات الشره وصورة الجسم، ووجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات الذكور ومتوسط درجات الإناث على مقياس التنظيم الانفعالي ومقياس الشره العصبي، كما يتضح وجود فروق بين فئتي السن الأعلى والأدنى على مقياس التنظيم الانفعالي والشره العصبي، كما يتضح أن التنظيم الانفعالي لا يختلف باختلاف التعليم، بينما يختلف الشره باختلاف التعليم.

الكلمات المفتاحية: التنظيم الإنفعالى، الشره العصبى، صورة الجسم .

Abstract:

This research aims to study the verification predictability of emotional regulation on the bulimia nervosa and body image as will as the disclosure about the differences between emotion regulation rang of demographic variable (gender, age, education) measure of emotional regulation, bulimia nervosa and body image of estimated the searcher was applied of the (N=100) of the patient who survive in bulimia nervosa and the study concluded that the most important set of the result and a strong statistically significant correlation between the degree of the emotional regulation and bulimia nervosa and body image, where it is considered on emotional regulation is more important determinants of the bulimia nervosa and body image, there were a storng statistically significant difference between the average of the male and female average scores on the emotional requlation and the bulimia nervosa and body image as it is clear that there are also differences between ther upper and lower age group on the measure of emotional regulation and the measure of the bulimia nervosa, it is also clear that the emotional regulation doesn't vary according to the difference of education.

Keywords: Emotional regulation, bulimia nervosa, Body image.

مدخل الدراسة:

تعتبر ظاهرة الشره العصبي من أصعب حالات اضطرابات الأكل وأكثرها انتشاراً، وعادةً ما تبدأ في المراهقة، ويكون شائعاً بين الإناث عنه بين الذكور، وغالباً ما يأتي بعد نوبة من فقدان الشهية العصبي، ففي إحصاء عام (1982) وجد أن واحدة من بين (15) تعاني من أعراض الشره العصبي، وتوالت الدراسات في أمريكا وأستراليا لتوضح أن طالبة من كل عشر طالبات تبدو عليها أعراض الشره. **(Evonelad, 1983: 123)**

وهكذا فإن الشره العصبي يشكل خطورة على حياة الفرد سواءً في التوافق العام أو المهني، وتعتبر العوامل النفسية والانفعالية في مقدمة أسباب حدوث اضطرابات الأكل، مثل (القلق والاكتئاب، والحزن، والشعور بالذنب، وزيادة الضغط). **(زينب شقير، 2002: 30)**

مشكلة الدراسة وأسئلتها:

الشره العصبي من الأمراض التي تتطلب إدارة ذاتية وتنظيم للانفعالات؛ حيث يؤثر في صورة شكل الجسم، كما يؤثر في القرارات المتعلقة بالصحة لدى المريض، كما يؤثر في صحته النفسية وفي نوعية الطعام الذي يتناوله. **(Michael f.w Dreyfuss, 2017)**

إن تحليل الدراسات المعنية باضطرابات الأكل تشير إلى أن من العوامل الرئيسية لاضطراب الشره العصبي، هي مشكلات انفعالية كالحزن والغضب والشعور بالذنب أو الصراعات الشعورية واللاشعورية، وهذا ما أكدته دراسة (عادل الأشول، 1987)، (عبد المنعم الحفني، 1999).

وقد أشارت نتائج دراسات كلٍ من (Katreenal I. Scott, 1996)، دراسة (Moon Myungho, 2002) إلى وجود علاقة بين هذين المتغيرين، في حين أشارت نتائج دراسات (Loren M Gianini, 2013)، (Mohamed Ali, 2014) إلى عدم وجود علاقة بين المتغيرين، وعن التنظيم الانفعالي والسن أشارت معظم الدراسات إلى وجود علاقة إيجابية بين هذين المتغيرين كدراسة (Pfeifer Lexiey, 2015)، (Michael f.w, Dreyfuss, 2017)، وعن العلاقة بين التنظيم الانفعالي والتعليم كشفت نتائج دراسة كل من (Holling Wort, 2014)، ودراسة (Shereen lafaye taylor, 2012) عن عدم وجود علاقة بين المتغيرين.

أما عن تأثير النوع في الشره العصبي، فقد أشارت دراسة كل من (Alperin, etal., 2004)، (Changik–jo, 2002) أنه لا توجد علاقة بين المتغيرين، في حين جاءت دراسة (Birtton, etal., 2001) تؤكد وجود علاقة بين المتغيرين.

وعن العلاقة بين الشره والعمر فقد أشارت نتائج دراسة كلٍ من (Jo – Changic, 2004) إلى وجود علاقة بين هذين المتغيرين، بينما أثبتت دراسة كل من (Spencer, etal., 2007)، ودراسة (Burggraf etal., 2000) إلى عدم وجود علاقة بين هذين المتغيرين.

أما عن علاقة الشره والمستوى التعليمي، فقد أكدت نتائج دراسة كلٍ من (Carroll etal., 2005)، (Merten, etal., 2005)، (Diaz etal., 2005) وجود علاقة بين المتغيرين، في حين أشارت نتائج دراسة (Dolton, etal., 2007) إلى عدم وجود علاقة بين المتغيرين، وعن التنظيم الانفعالي والشره العصبي تؤكد دراسة كلٍ من (Moorhead, etal., 2001)، (Orzolek, 2001) وجود علاقة بين الصعوبات الانفعالية والسلوكية وبين الشره العصبي.

وفيما يتصل بالشره العصبي وصورة الجسم، فقد أكدت بعض الدراسات وجود علاقة بين الشره العصبي وصورة الجسم (Horny, etal., 1991)، (Pauls Brain, 2005)، وفي ضوء ما سبق يمكن تحديد مشكلة الدراسة في الأسئلة الآتية:

أولاً: أسئلة الدراسة:

1- ما مقدار ودلالة اختلاف التنظيم الانفعالي باختلاف المتغيرات الديموجرافية (النوع – المستوى التعليمي – السن)؟
2- ما مقدار ودلالة اختلاف الشره العصبي باختلاف المتغيرات الديموجرافية (النوع – المستوى التعليمي – السن)؟
3- ما مقدار ودلالة إسهام التنظيم الانفعالي في التنبؤ بالشره العصبي وصورة الجسم؟

ثانياً: أهداف الدراسة:

إن القيمة العلمية للدراسة تمثل في تحقيق أهدافها بصورة إجرائية، ونصوغ فيما يلي الأهداف بصورة إجرائية:

1- الكشف عن تباين التنظيم الانفعالي بتباين المتغيرات الديموجرافية (النوع – المستوى التعليمي – السن).
2- دراسة تباين الشره العصبي بتباين المتغيرات الديموجرافية (النوع – المستوى التعليمي – السن).
3- تحديد إسهام التنظيم الانفعالي في التنبؤ بالشره العصبي وتشوه صورة الجسم؟

ثالثاً: محددات الدراسة: تتحدد نتائج الدراسة بالمحددات التالية:

أسئلة الدراسة: وهي المحددات الأساسية لنتائج أي دراسة علمية، وقد سبق الإشارة إليها.

عينة الدراسة: تتحدد نتائج الدراسة في ضوء العينة وخصائصها، وقد اعتمدت الدراسة على عينة من الطلاب ممن يعانون الشره العصبي الذين يترددون على عيادات السمنة في العيادات والمشافي العامة.

أدوات الدراسة: اعتمدت هذه الدراسة على مقياس التنظيم الانفعالي، ومقياس الشره العصبي، مقياس صورة الجسم من إعداد الباحثة.

الإطار الزمني: تم تطبيق الدراسة خلال شهري أبريل ومايو 2022.

الإطار المكاني: تم اختيار عينة من (مرضى الشره العصبي) قصدية ممن يترددون على مستشفيات وعيادات نفسية بدولة الكويت.

أهمية الدراسة: تنبثق أهمية الدراسة من خلال عدة اعتبارات يأتي في صدارتها ما يلي:

أ- **أهمية المتغيرات:** تأتي أهمية هذه الدراسة من ندرة متغيراتها، فالتنظيم الانفعالي مفهوم قاعدي أساسي في الحالات المرضية، فالتنظيم الانفعالي يعتبر الضمانة الرئيسة في الحفاظ على الصحة النفسية والجسدية.

وكذلك تستقي هذه الدراسة أهميتها من ضرورة لفت الانتباه إلى التنظيم الانفعالي كمنبئ لمستوى الشره العصبي وتشوه صورة الجسم.

ب- **أهمية المجال البحثي:** تتعدد المجالات البحثية التي تنتمي لها هذه الدراسة، فهي من حيث العينة تقع في مجال علم النفس المرضي، ومن حيث متغير التنظيم الانفعالي تنتمي لعلم النفس الإيجابي، ومن حيث إعداد الأدوات تمثل القياس النفسي، ودراسة كهذه تمثل مجالات بحثية مختلفة الأمر الذي يبرز أهميتها.

ج- **الأهمية السيكومترية:** والتي تتمثل في بناء مقياس التنظيم الانفعالي والشره العصبي وصورة الجسم.

مفاهيم الدراسة: وتتضمن:

أولاً: التنظيم الانفعالي Emotional Regulation:

في ضوء تحليل دراسة كل من: (Spenc, Deyoung, 2009)، (Mohamed Ali, 2014)، (Amrit Kaur, 2011)، (Maganck. R., 2011)، (Mark Connly, 2007)، (Elisabeth Waller, 2004)، ونظريات كل من (ثومبسون، 1974)، (Salovery & Mayer, 1997)، (Trosperet, etal., 2009)، (غاربر وزملاؤه، 1991)، (بزلن، 2011)، (جراندي، 2000).

وتحليل مقاييس كلٍ من: (رانيا شعبان الصايم، 2012)، ومقياس صعوبة التنظيم (Roemer & Gratz, 2004)، ومقياس التعبير الانفعالي إعداد: (Moon Myungho, 2002)، ومقياس صعوبات التنظيم الانفعالي إعداد: (Leslie A. sim, 2002) ، وقد أسفر هذا عن تحديد مكونات المقياس، وهي: (التعبير الانفعالي – الوعي الانفعالي – التحكم الانفعالي)، وبناءً عليه يتم صياغة التعريف الإجرائي للتنظيم الانفعالي وهو: استجابة الفرد لمثيرات (التعبير الانفعالي، الوعي الانفعالي، التحكم الانفعالي)، ويتمثل ذلك في الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على المقياس المُعد لذلك.

ثانياً: الشره العصبي (Bulimia Nervosa): في ضوء تحليل نتائج دراسة كلٍ من: (Larciprete, G & Giromin, 2016)، (Dimenez, 2014)، (Mohammad, 2014)، (Naomi. R., 2017) ، (Kathryn E., 2017) ، (Laura A Berner, 2017)، (Micanti, Fausta, 2017).

ونظرية كلٍ من: (Wprmath, etal., 1977)، (Jams & Robert, 1993)، (Alxander & Flagg, 1965)، (Laliberte, 1995)، ومقاييس الشره العصبي لكلٍ من: (Martines, etal., 2007)، (عبد النبي عبدالفتاح رجب، 2002)، (مجدي الدسوقي، 2006)، ومقياس اضطرابات الأكل (سامية محمد صابر، 2005)، وقد أسفر هذا عن تحديد مكونات المقياس في (استهلاك كميات كبيرة من الأكل، الرغبة في التخلص من الأكل، عدم القدرة على السيطرة على سلوك الأكل، المشاعر المرتبطة بالأكل)، وبناءً على ما سبق نصوغ التعريف الإجرائي التالي: استجابة الفرد لمثيرات تكرار استهلاك كميات كبيرة من الأكل والرغبة في التخلص من الأكل (بالمليانات والقئ)، والمشاعر المرتبطة بالأكل مثل: (الذنب، القلق، التوتر)، وعدم القدرة على السيطرة على سلوك الأكل، ويظهر ذلك في الدرجة التي يحصل عليها الفرد على المقياس المُعد لذلك.

ثالثاً: صورة الجسم: في ضوء تحليل نتائج دراسة كلٍ من (Shriver, L. E., 2016) ، (Bunnell, 1992) ، (Haworth, 2000) ، (Morinmichel, 2010)، (كفافي والنيال، 1995)، ومقاييس كلٍ من (سامي محمد، 2012)، (حنان إبراهيم، 2009)، وقد أسفر هذا عن تحديد مكونات المقياس في: (الرضا عن صورة الجسم، التناسق بين أجزاء الجسم، إدراك صورة الجسم)، وبناءً على ما سبق نستخلص التعريف الإجرائي:

صورة الجسم: هي استجابة الفرد لمثيرات الرضا عن صورة الجسم، التناسق بين أجزاء الجسم، إدراك صورة الجسم، ويظهر ذلك في الدرجة التي يحصل عليها الفرد على المقياس المُعد لذلك.

النظريات المفسرة لمفاهيم الدراسة: وتتضمن:

أولاً: التنظيم الانفعالي Emotional Regulation: ومن هذه النظريات:

نموذج ثومبسون Thompson والذي يتكون من:

أولاً: العمليات المسئولة عن توليد الانفعال.

ثانياً: العمليات المسئولة عن تنظيم الاستجابات الانفعالية، وقد اقترح هذا النموذج سبع عمليات أساسية لتنظيم الانفعالات هي: التكوينات النيروفسيولوجية، عمليات الانتباه، تفسير الأحداث، تمكين الفرد من التعامل مع المصادر الانفعالية، تنظيم المتطلبات والانفعالات للمواقف المشابهة، تحديد البدائل، اختيار بدائل الاستجابات التكلفية. **(شمس، 2011، 114)**

نموذج ماير وسولفي: وقد فسر هذا النموذج التنظيم الانفعالي Emotional Regulation على أنه يتضمن عدة قدرات فرعية، هي:

أ- القدرة على الحفاظ على كلٍ من المشاعر الإيجابية والمشاعر السلبية، سواءً كانت سارة أو غير سارة.

ب- القدرة على التمييز بين الانفعالات المنبثقة بناءً على مصادر معلومات صحيحة، أو مبنية على منفعة شخصية.

ج- القدرة على التمييز بين الانفعالات في علاقاتها بالشخص أو بالآخرين، مثل: التعرف على مستوى الوضوح، النمطية، والأسباب التي تكمن وراءها.

د- القدرة على تنظيم الانفعالات للشخص وللآخرين، وذلك بتعديل الانفعالات السلبية، وشعور الشخص بالسعادة. **(Mayer & Salovey, 1997, 11)**

ثانياً: النظريات المفسرة للشره العصبي Bulimia Nervosa، ونُشير لبعضها فيما يلي:

1- **النظرية البيولوجية**، يذكر (Wprmath, etal., 1977) أنه لا يوجد دليل مؤكد على دور النواحي البيولوجية في نشأة اضطراب الشره العصبي، ومع ذلك لوحظ شذوذ بسيط في رسم المخ الكهربائي لدى هؤلاء المرضى، وهو لا يرتبط بالاستجابات العلاجية، وقد ذهب (Ran & Green, 1974) إلى أن هناك ما يقرب من 14 – 0.6 لكل ثانية Positive Spikes لدى العديد من مرضى البوليميا، وهذا يعضد الاتجاه القائل بوجود خلل في الهيبوثلاموس؛ مما يؤدي لهذا الاضطراب.

2- **نظرية التحليل النفسي**: أشار كل من فرويد وأدلر، أن هناك دوافع لا شعورية تدفع الفرد إلى تناول كميات ضخمة من الطعام في حالات القلق والاكتئاب، وهناك علاقة بين زيادة الشهية للطعام في حالات الإصابة بالمرض النفسي، فضلاً عن أن هذا يعود إلى عوامل مرتبطة بشخصية الأفراد، وظروفهم العائلية، وأسلوب تنشئتهم وتربيتهم، فالاهتمام الزائد من قِبل الآباء نحو أبنائهم له مضاره النفسية، فالابن يتجه لتناول الطعام بشراهة وكأنها عملية تعويضية، ويكون الطعام في هذه الحالة مصدر الإرضاء الوحيد له، وقد ترجع زيادة الشهية إلى بعض الظروف التي تتميز بشدة الانفعال كوفاة أحد الوالدين. **(النيال، 1994)**

ثالثاً: النظريات المفسرة لصورة الجسم، ونُشير لبعضها فيما يلي:

1- **النظرية السلوكية:** وفحواها أن الفرد ينمو في بيئة اجتماعية يؤثر فيها ويتأثر بها، ويكتسب منها أنماط الحياة والمعايير الاجتماعية، والتي تكون مجموعة من المحددات السلوكية، والتي تكون صورته عن جسمه، ولكون صورة الجسم تظهر في مرحلة الطفولة، حيث يكون الفرد متأثراً بجو الأسرة، بعبارات المدح والذم التي يتلقاها، وبتعليقات الوالدين وبتقييمهم لأجسام أبنائهم؛ فإن ما تطلقه الأسرة من تعليقات نحو أبنائها، ومثله أيضاً تعزيزات الرفاق تؤثر في درجة قبول الفرد لنفسه. **(حافظ، 2007)**

2- **النظرية الإنسانية:** الذات عند روجرز هي المحور الأساسي للشخصية، إذ تتضح شخصية الفرد بناءً على إدراك الفرد لذاته، فالخبرات أو المواقف التي يتعرض لها لا تؤثر في سلوكه إلا تبعاً لإدراكه لذاته، ولما كان لصورة الجسم أهمية كبرى من خلال تداخلها مع تقدير الفرد لذاته، فإن الفرد يُقيّم ما يتعرض له من خبرات على ضوء فيما إذا كانت تشعره بالتقدير الإيجابي للذات، فالتجارب الماضية خاصة أحداث وخبرات الطفولة التي ترتبط بصفات الفرد الجسمية لها تأثير في إدراك الفرد لصورة جسمه، ولها تأثير في توافق الشخصية.

3- **النظرية الاجتماعية الثقافية:** إن المنحى الاجتماعي الثقافي يعتبر الاتجاه الأكثر تدعيماً وتأييداً لتفسير اضطراب صورة الجسم؛ حيث يركز على المستويات الاجتماعية للجمال التي تؤكد الرغبة في النحافة؛ وبذلك اعتقد الأفراد أن البدانة أمر قبيح، وبذلك فإن الإناث لديهن استعداد من الناحية التاريخية لتغيير أجسامهن لكي تتطابق مفهوم الجمال. **(الدسوقي، 2008)**

عرض تحليلي للدراسات السابقة المرتبطة بمتغيرات الدراسة:

أولاً: التنظيم الانفعالي: ويتضمن المحاور التالية:

1- التنظيم الانفعالي ومتغير النوع:

ولتحديد الفروق بين الجنسين بالنسبة للتنظيم الانفعالي، أجرى (Kartreena L. Scott, 1996) دراسة تهدف إلى الكشف عن دور التنظيم الانفعالي في تفعيل الصمود لدى الشباب الذين تُساء معاملتهم، (N=237) من ذكور وإناث، وطبق عليهم مقياس التنظيم الانفعالي، ومقياس الصمود، وأوضحت النتائج عدم وجود فروق بين الجنسين في الصمود، كما أثبتت اختلاف سوء المعاملة والتنظيم الانفعالي باختلاف الجنس، فالإناث أكثر تنظيماً لانفعالاتهم من الذكور.

وللوقوف على الفروق بين الجنسين في العلاقة بين التنظيم الانفعالي والاكتئاب أجرى كل من (Paidal Ruiz & Elisabeth & Rossy Lynn A., 2003) دراسة هدفت إلى الكشف عن الفروق بين الجنسين في العلاقة بين التنظيم الانفعالي وأعراض الاكتئاب، (N=175)، انقسمت إلى (76) من الشباب، و(99) من الإناث من طلبة الجامعة، طُبق عليهم مقياسا (التنظيم الانفعالي ومقياس بيك للاكتئاب)، وأثبتت النتائج أن الفتيات يعانين من أعراض اكتئابية أكثر من الشباب، كما أن الفتيات لديهن اهتمام أكبر بالعواطف.

وللوقوف على الفروق بين الجنسين في التنظيم الانفعالي وعلاقته بالمشاعر السلبية والسلوكيات تحت التحكم والدافعية للشرب أجرت (Schaller Tomoko udo, 2009) دراسة طبق فيها مقياس التنظيم الانفعالي، ودراسة الحالة، والتحكم الذاتي، وأثبتت النتائج ارتباط الاضطرابات الانفعالية بالشخصية السلبية، ويرتبط الميل لاستخدام الكحول بعجز التنظيم الانفعالي.

وفي سنة 2010 أجرى (Domes Gregor & Herpertz Sabinea) دراسة هدفت إلى التحقق من الفروق بين الجنسين في التنظيم الانفعالي، حيث شملت عينة الدراسة (N=17) رجلاً، و(N=16) امرأة، طُبق عليهم مقياس التنظيم الانفعالي، وأشعة الرنين المغناطيسي، وأثبتت النتائج أن الرجال أظهروا زيادة في ردود الفعل العاطفية مقارنةً بالنساء.

ولتحديد العلاقة بين التنظيم الانفعالي والوعي بالجسم والصدمات النفسية قام (Ashley Newton, 2014) بتطبيق ثلاثة مقاييس (صعوبة التنظيم الانفعالي، إحداث الصدمة، الوعي بالجسم) على عينة من الشباب (الرجال والنساء)، وأثبتت النتائج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التي تعرضت للصدمة والمجموعة التي لم تتعرض على مقياسي التنظيم الانفعالي والوعي بالجسم، وأنه يوجد ارتباط عكسي كبير بين أعراض الصدمة والتنظيم الانفعالي، ويوجد ارتباط عكسي بين أعراض الصدمة والوعي بالجسم، كما أنه لا توجد فروق بين الجنسين على مقياس التنظيم الانفعالي.

2- التنظيم الانفعالي والعمر:

في سبيل تحديد العلاقة بين التنظيم الانفعالي والعمر أجرت (Lucy Victoria, 2014) دراسة تناولت تأثير التعرض للصدمات النفسية المتعددة في التنظيم الانفعالي وارتكاب العنف، شملت (N=321) من المراهقين والبالغين، ممن تراوحت أعمارهم بين (12 – 25)، طُبق عليهم مقياس التنظيم الانفعالي، وأشارت النتائج إلى أن الأفراد الذين لديهم تاريخ طويل من الصدمات النفسية في الطفولة لديهم سلوك عنيف، ولديهم صعوبات أكثر في تنظيم العاطفة، وأثبتت النتائج أن التنظيم الانفعالي يزداد مع التقدم في العمر.

وكذلك دراسة (Laipold Bernhard, 2015) التي تناولت العلاقة بين التنظيم الانفعالي واستقبال الموسيقى، والعمر، وهي دراسة مستعرضة شملت (N=521) مشاركاً ممن تتراوح أعمارهم بين (18 – 86) وأظهرت النتائج أن الأفراد المتقدمين في السن يظهرون مزيدًا من التنظيم الانفعالي، أي أنه توجد علاقة إيجابية بين التقدم في العمر والتنظيم الانفعالي.

وللتعرف على تأثير العمر في التنظيم الانفعالي قام (Moon Myungho, 2002) بدراسة تناولت الفروق بين الجنسين في التنظيم الانفعالي وتأثير العمر، حيث شملت العينة (N=27) أنثى، (N=24) رجل، وأثبتت النتائج وجود فروق فردية بين الجنسين، وأنه توجد علاقة إيجابية بين العمر والتنظيم الانفعالي.

وفي عام (2015) أجرى (Pfeifer Lexiey) دراسة هدفت إلى الكشف عن تأثير القواعد الضمنية التي تيسر الترابط الأسري وأثرها في التنظيم العاطفي للمراهقين، وهي دراسة طولية لمدة سبعة أعوام، وأشارت النتائج وجود تأثير ذي دلالة إحصائية للنمو على التنظيم الانفعالي.

كما قام (Michael F.W Dreyfuss, 2017) بدراسة هدفت الكشف عن القدرة على التحكم في الانفعالات لدى مجموعة من المرضى الذين يعانون من الشره، حيث اشتملت العينة (N=16) ممن تتراوح أعمارهم بين (18 – 33)، وأشارت النتائج إلى أنه مع التقدم في السن يزداد التحكم في الانفعالات.

3- التنظيم الانفعالي ومتغير التعليم، وهذا ما تناولته الدراسات التالية:

في دراسة (Holling Worth, 2014) تناولت العلاقة بين أسلوب الكبار والإدراك الاجتماعي والتنظيم الانفعالي، حيث اشتملت العينة على مجموعتين الأولى: من خريجي الرعاية الاجتماعية، والثانية من خريجي إحدى الكليات التعليمية، وأشارت النتائج إلى أن الأفراد خريجي الرعاية الاجتماعية لديهم صعوبات أكثر في تنظيم العاطفة على عكس الأفراد خريجي الكليات التعليمية.

وكذلك دراسة (Leipold Bernhard, 2015) التي تناولت العلاقة بين التنظيم الانفعالي واستقبال الموسيقى والعمر، وتكونت من (N=521) مشاركاً تتراوح أعمارهم بين (18 – 86)، وأظهرت النتائج أن الأفراد المتقدمين في السن يظهرون مزيدًا من التنظيم الانفعالي، أي أنه توجد علاقة إيجابية بين التقدم في العمر والتنظيم الانفعالي، كما بينت النتائج أن التنظيم الانفعالي لا يختلف باختلاف التعليم.

وللكشف عن العلاقة بين أساليب صنع القرار والكمالية ومعالجة التنظيم الانفعالي أجرى (Reja Bubic, 2015) دراسة طبق فيها مقاييس (التنظيم الانفعالي، اتخاذ القرار، الكمالية) على عينة من طلبة الجامعة، ممن ينتمون إلى تخصص العلوم الإنسانية والدراسات الاجتماعية، وأثبتت النتائج أن التنظيم الانفعالي يرتبط ببعد واحد من الكمالية، وأنه توجد علاقة بين التنظيم واتخاذ القرار، وتعظيم الكمالية، كما أثبتت النتائج اختلاف التنظيم الانفعالي باختلاف التخصص.

ثانياً: الشره العصبي والمتغيرات الديموجرافية، ونوضح ذلك فيما يلي:

أ – **بالنسبة للنوع:** قام (Alperin, etal., 2004) بدراسة للكشف عن الفروق بين الجنسين على سلوكيات الأكل المضطربة، حيث اشتملت العينة على (N=189) فتى وفتاة، وتم تطبيق اختبار اتجاهات الأكل وصورة الجسم، وأشارت النتائج إلى عدم ارتباط النوع باتجاهات وسلوك الأكل، كما أن الفتيات حصلن على درجات أعلى في عدم الرضا عن الجسم.

أما دراسة (Larsen etal., 2006) فقد هدفت إلى الكشف عن الفروق بين الجنسين في العلاقة بين الأكل العاطفي والألكسيثيميا لدى (N=413) ممن يعانون من السمنة (343 من الإناث – 70 من الذكور)، وقد استجاب أفراد العينة على مقياس قائمة الأعراض المرجعية ومقياس Dutch Eating Behavior Questionnaire ومقياس تورنتو للألكسيثيميا، أما بالنسبة للنتائج فقد أشار تحليل الانحدار الهرمي إلى وجود علاقة دالة إحصائياً بين النوع والألكسيثيميا فقد أظهر الذكور صعوبة أكثر من الإناث في تحديد ووصف المشاعر، وأنه يوجد فروق في الاتجاه للأكل إيجابياً مع النوع في اتجاه الذكور.

وفي (2007) قام (Fulkerson, etal) بدراسة لبحث الارتباط بين الرفاهية الاجتماعية والوزن الزائد لدى المراهقين، وشملت العينة (N=667) من الذكور، و(N=674) من الإناث، بملء تقرير مدرسي لقياس المتغيرات الأسرية (الترابط الأسري، الرفاهية الاجتماعية، تقدير الذات، الحالة النفسية المكتئبة، التعليقات على الوزن)، وأظهرت نتائج الدراسة أن معايير الترابط الأسري والجو الأسري الإيجابي ترتبط إيجابياً بالرفاهية الاجتماعية النفسية وسلباً مع الأعراض الاكتئابية والسلوكيات غير الصحية للتحكم بالوزن.

ولتحديد دور الاختلاف في النوع على الشره العصبي وعلاقتها بالتنظيم الانفعالي أجرى (Raechel, M Perry, 2014) دراسة على (N=201) من الطلاب الجامعيين (N=100) من الذكور، (N=101) من الإناث، طُبق عليهم مقياس التنظيم الانفعالي، مقياس الشره العصبي، مقياس الألكسيثيميا، وأثبتت النتائج أن صعوبة التنظيم الانفعالي أدت إلى ظهور الشره العصبي لدى الإناث مع غياب القدرة على التعبير الانفعالي، أما بالنسبة لعينة الذكور فإن الشره العصبي ظهر مع ارتفاع الألكسيثيميا وعجز التنظيم، وأثبتت أن ارتفاع عجز التنظيم يرتبط بارتفاع الشره العصبي.

ب – بالنسبة للعمر: قام (Burggraf, etal., 2000) بدراسة لتقييم تأثير (الحالة النفسية ومستوى النضج وتقدير الذات) في ظهور اضطرابات الأكل لدى المراهقين، حيث طبق مقياس اضطرابات الأكل، وأظهرت النتائج أن المستويات المنخفضة من تقدير الذات هي المنبئات الأقوى لمشكلات سلوكيات الأكل، والسن أقل تنبؤ بظهور مشكلة سلوكيات الأكل.

أما دراسة (Spencer, etal., 2003) فقد هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين سلوكيات الأكل المضطربة ومستوى النضج واحترام الجسم، شملت العينة (N=164) ممن تتراوح أعمارهم بين (9 – 15)، وأظهرت النتائج ارتباط سلوكيات الأكل المضطربة مع مستوى النضج، واحترام الجسم يرتبط مع مستوى النضج.

وعن دراسة (JO – Changik, 2004) فقد هدفت الكشف عن تأثيرات الحالة الاقتصادية والاجتماعية والسن في مؤشر كتلة الجسم والسمنة بالاعتماد على (N=40) من الرجال المتزوجين لفترة تتراوح بين (10 – 5 سنوات)، وكشفت النتائج أن الرجال المتزوجين لديهم قدرات كبيرة على نحو دال لمؤشر كتلة الجسم، ومن المرجح أن يكونوا أكثر سمنة من الرجال الذين لم يتزوجوا حتى عندما يتم تثبيت المتغيرات الديموجرافية والاجتماعية والاقتصادية والسن، وفي المقابل لم ترتبط الحالة الزواجية على نحو دال بالسمنة في مؤشر كتلة الجسم بين النساء، وتشير النتائج أن الحالة الاجتماعية والسن تعد عاملًا مؤثرًا في السمنة عند الرجال أكثر من النساء.

جـ– بالنسبة التعليم: للتحقق من دور المستوى التعليمي على الشره العصبي قام (Kroller etal., 2008) بدراسة استهدفت تأثير المستوى التعليمي في كمية الطعام الذي يتناوله الشخص، وذلك على (N=219) من البالغين وأطفالهم، وأثبتت النتائج وجود علاقة بين المستوى التعليمي وكمية الأكل.

أما دراسة (Pauls Brian, 2005) فقد هدفت إلى الكشف عن تأثير العوامل الاجتماعية والمستوى التعليمي في انشغال البال بالوزن الزائد والسلوكيات التي تنطوي على الشراهة، وذلك على (N=215) من المراهقات، وأثبتت النتائج أن العوامل الاجتماعية والتعليمية كانت منبئآت دالة على الشراهة والانشغال بالوزن.

وفي السياق نفسه كانت دراسة (Delias & West, 2008) للكشف عن تأثير العوامل الاجتماعية ومستوى التعليم في مفاهيم الوزن الزائد عند الوالدين والأطفال، (N=2508)، أشارت النتائج أن العوامل التي أثرت في مدى إدراك الوالدين، وهي مستوى التعليم والمستوى الاجتماعي.

ثالثاً: الشره العصبي وصورة الجسم: حول هذين المتغيرين أُجريت الدراسات التالية:

قام هورن وآخرون (1991) بدراسة اضطراب صورة الجسم لدى الإناث اللاتي يعانين من اضطرابات الأكل، (N=214) أنثى، وأظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات الدرجات التي حصل عليها أفراد كل مجموعة فرعية من مجموعات اضطرابات الأكل على حدة، وبين متوسطات الدرجات التي حصل عليها أفراد المجموعة السوية، وذلك لصالح الأفراد الذين يعانون من تشوه صورة الجسم.

أما دراسة (Bunnell etal., 1992) فقد هدفت إلى فحص العلاقة بين شكل الجسم واضطرابات الأكل لدى الفتيات المراهقات، (N=90) فتاة، وتم تقسيم أفراد هذه المجموعة إلى أربع مجموعات فرعية هي:

المجموعة الأولى: تضم الإناث اللاتي يعانين من فقدان الشهية العصبي (N=62)؛ **المجموعة الثانية:** تضم الإناث اللاتي يعانين من الشره العصبي (N=15)؛ **المجموعة الثالثة:** وتضم الإناث ذوات الشهية العادية (N=13)؛ **المجموعة الرابعة:** تضم الإناث اللاتي لا يعانين من أي اضطرابات تتعلق بالأكل (N=50)، وكانت الأعمار تتراوح بين (14 – 19)، وأجرى الباحثون على أفراد العينة مقياس شكل الجسم، وأظهرت النتائج أن أفراد مجموعة الشره العصبي كن أكثر المجموعات اللاتي يعانين من عدم الرضا عن شكل الجسم، وكذلك أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات الدرجات التي حصل عليها أفراد المجموعتين الفرعيتين (فقدان الشهية العصبي والشره العصبي) كل على حدة، ومتوسط الدرجات التي حصلت عليها أفراد المجموعة السوية على مقياس شكل الجسم.

أما ليندا إيوالد (Ewald, 1993) فقد أجرت دراسة لوصف الذات لدى الأفراد الذين يعانون من الاضطرابات التي تتعلق بالأكل، بهدف المقارنة بين فقدان الشهية العصبي والشره العصبي والخواف الاجتماعي، واشتملت عينة الدراسة على:

المجموعة الأولى: تشمل الأفراد الذين يعانون فقدان الشهية العصبي (N=18)؛ **المجموعة الثانية:** تشمل الأفراد الذين يعانون الشره العصبي (N=15)؛ **المجموعة الثالثة:** تشمل الأفراد الذين يعانون من الخوف الاجتماعي (N=18)؛ **المجموعة الرابعة:** المجموعة السوية (N=18).

وأظهرت النتائج أن الأفراد الذين يعانون من فقدان الشهية العصبي، والأفراد الذين يعانون من الشره العصبي يختلفون عن الأفراد الذين يعانون من الخوف الاجتماعي، وأفراد المجموعة السوية في المقاييس التي تعكس الانشغال الزايد بالوزن، وكذلك أظهر أفراد المجموعة المضطربة الثلاثة توقعات أكبر للفشل البين شخصي أو الفشل في علاقتهم مع الآخرين، وعدم الشعور بالأمن النفسي، واضطراب أو تشوه صورة الجسم.

وعن دراسة (مجدي محمد الدسوقي، 2001) فقد تناولت العلاقة بين الشره العصبي وعدد من المتغيرات (صورة الجسم، والاكتئاب، وتقدير الذات، والرهاب الاجتماعي) على (N=550) طالباً وطالبة من طلبة الجامعة، طُبق عليهم قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصابية السيكوسوماتية، إعداد: محمود أبو النيل (1995)، وإجراء المقابلة الشخصية الإكلينيكية للتأكد من الأعراض المحددة لاضطراب الشره العصبي، اختبار الشره العصبي المعدل إعداد: ثيلين وآخرون (1996)، وأثبتت النتائج أنه لا يوجد تأثير دال لكلٍ من متغيري الجنس أو النوع، والحالة الغذائية، ووجود علاقة موجبة دالة إحصائياً بين الاكتئاب والشره العصبي، كما أن الأفراد الذين يعانون من الشره العصبي ينخفض تقديرهم لذواتهم.

وفي سنة (2005) قام (Pauls – Brian) بدراسة تهدف الكشف عن تأثير عوامل الخطر العامة والنوعية في انشغال البال بالوزن والشكل وعدم الرضا الجسمي، والدافع للنحافة والسلوكيات التي تنطوي على الشراهة، وتمثلت

عينة الدراسة في (N=215) من المراهقات اللاتي تتراوح أعمارهن بين (14 – 19) سنة، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن الضغوط الاجتماعية والثقافية للنحافة وخبرات الحياة السلبية والخلل الوظيفي الأسري وكتلة الجسم المرتفعة كانت منبئات دالة لانشغال البال بالوزن.

رابعاً: التنظيم الانفعالي والشره العصبي وصورة الجسم:

ونوضح فيما يلي بعض هذه الدراسات التي تناولت هذه المتغيرات:

دراسة (Orzolek, 2001) هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين حالة التعلق والشعور بالذنب وظهور اضطرابات الأكل على ثلاث مجموعات من المراهقات من سياقات مختلفة (N=44) منهن مصابات باضطرابات الأكل، (N=28) من المراهقات بالمجموعة الضابطة الإكلينيكية، (N=86) بالمجموعة الضابطة غير الإكلينيكية، طُبق عليهم اختبار التعلق بالوالد والأقران، واستبانة التعلق الوالدي، وتشير النتائج إلى أن كلًا من المجموعتين الإكلينيكيتين أظهرت درجة ضعيفة بسمة التعلق مقارنةً بنظرائهم في المجموعة غير الإكلينيكية ومجموعة اضطرابات الأكل التي أظهرت شعور بالذنب لكراهية الذات.

أما دراسة (Moorhead, etal., 2001) فقد هدفت إلى تحديد العوامل الخطرة المبكرة لظهور اضطرابات الأكل الكلية والجزئية، وتمثلت عينة الدراسة في (N=86) مفحوصة في دراسة تتبعية تستغرق (22) سنة، تمثلت الأدوات في إعداد أداة تقييم التشخيص مدى الحياة لاضطرابات الأكل وذلك باستخدام المقابلة الشخصية، وأثبتت النتائج وجود عدد من عوامل الخطر القوية التي تنبأ بالإصابة فيما يُعد باضطرابات الأكل، وأظهرت النتائج أن الفتيات المصابات باضطرابات الأكل يعانين من صعوبات انفعالية كثيرة كالقلق والاكتئاب وسلوكيات اندفاعية أخرى.

وكذلك دراسة (Leah c chandler, 2010) استهدفت بيان تأثير التنظيم الانفعالي والنوع والألكسيثيميا في الاتجاه نحو الأكل، وشملت العينة (N=309) (N=52) من الرجال، (N=275) من النساء، وطُبق عليهم مقياس الألكسيثيميا، ومقياس التنظيم الانفعالي، ومقياس اضطرابات الأكل، وأثبتت النتائج وجود علاقة دالة إحصائية بين عجز التنظيم الانفعالي والاتجاه نحو الأكل لدى المجموعتين.

وفي الاتجاه نفسه كانت دراسة (Jennifer, Svaldi, 2015) التي طبقت استراتيجيات التنظيم المعرفي الانفعالي، وآثارها في معالجة الإشارات الغذائية وضبط النفس لدى مرضى الشره العصبي، على (N=23) ممن لديهم دافعية عالية للأكل، وطُبق عليهم مقياس التنظيم المعرفي الانفعالي، ومقياس الشره العصبي، وأثبتت النتائج أن الصور السلبية للأكل، والانخراط في العمل والمراقبة الغذائية لها دور كبير في تقليص الدافعية للأكل، كما أن استراتيجية إعادة التقييم المعرفي لها دور كبير في تثبيط الدافعية للأكل عن قمع التعبير.

وعن العلاقة بين صعوبات تنظيم العاطفة واضطراب الرابطة بين ضبط النفس الغذائية وزيادة الوزن وصورة الجسم كانت دراسة (Hunt Tyler k, 2017) على (N=265) من طلبة الجامعة ممن تتراوح أعمارهم بين (15 – 19)، طُبق عليهم مقياس التنظيم الانفعالي، والتقرير الذاتي للاتجاه نحو الأكل، ومقياس صورة الجسم، وأثبتت النتائج أن الارتباط بين ضبط النفس الغذائية وزيادة الوزن كان بواسطة الإلحاح السلبي، كما أثبتت أن الأفراد الذين يعانون من صعوبات التنظيم يعانون من اضطرابات الأكل ولديهم انشغال زائد بصورة جسمهم.

التعقيب على الدراسات السابقة، ويتضمن ما يلي:

أولاً: اتفقت الدراسات على ما يلي:

1- اتفقت بعض الدراسات على أن ارتفاع صعوبات التنظيم الانفعالي من منبئات ارتفاع الشره العصبي، وذلك في دراسة (Orzolek, 2001)، (Raechel M Perry, 2014)، (Hayaki & Perry, 2014).

2- وكما اتفقت بعض الدراسات على استخدام استراتيجيات التنظيم الانفعالي كعامل مثبط للشره العصبي، مثل دراسة (Jennifer, Svaldi, 2015).

3- يزداد التنظيم الانفعالي بالتقدم في السن كدراسة (Leipold Bernhard, 2015)، (Michael, F.W Dreyfuss, 2017)، (Lucy Victoria, 2014).

4- اتفقت الدراسات على وجود علاقة موجبة بين الشره وصورة الجسم كدراسة (هورن وآخرون، 1991)، (Pauls – Brian, 2005).

5- اتفقت الدراسات أن العوامل التعليمية منبئات دالة على الشراهة كدراسة (Kroller, etal., 2008)، (Pauls Brain, 2005).

ثانياً: المتغيرات التي لم تتفق نتائجها: أما عن المتغيرات التي لم تحسم الدراسات نتائجها فيمكن تناولها فيما يلي:

1- اختلفت الدراسات حول علاقة التنظيم الانفعالي والنوع، أثبتت بعض الدراسات وجود فروق بين الذكور والإناث في اتجاه الذكور، كدراسة (Domes Gregor & Herpertz Sabinea, 2010)؛ بينما أثبتت دراسات وجود فروق بين الذكور والإناث في اتجاه الإناث كدراسة (Katreena L. Scott, 1996) ، (Rossy Lynn A, 2003) ، وبينت دراسات عدم وجود فروق بين الذكور والإناث (Ashley Newton, 2014).

2- وعن العلاقة بين الشره العصبي والنوع أثبتت بعض الدراسات وجود فروق بين الذكور والإناث في اتجاه الذكور كدراسة (Larson etal., 2006)؛ بينما أثبتت دراسات وجود فروق بين الذكور والإناث في اتجاه الإناث كدراسة (Alperin, etal., 2004).

3- واختلفت الدراسات في تحديد قدرة العمر على التنبؤ بالشره كدراسة (Burggraf, etal., 2000)، (Spenser, etal., 2000).

فروض الدراسة: وفي ضوء ما تقدم نجيب عن أسئلة الدراسة من خلال التحقق من الفروض التالية:

1- يختلف التنظيم الانفعالي باختلاف المتغيرات الديموجرافية (النوع – العمر – المستوى التعليمي)

2- يختلف الشره العصبي باختلاف المتغيرات الديموجرافية (النوع – العمر – المستوى التعليمي)

3- التنظيم الانفعالي يتنبأ بكلٍ من الشره العصبي، وتشوه صورة الجسم.

منهج الدراسة وإجراءاتها:

أ – **منهج الدراسة:** اعتمدت هذه الدراسة على المنهج الوصفي المقارن باعتباره أكثر المناهج تحقيقاً لأهداف الدراسة.

ب – **عينة الدراسة:** يعتبر المجتمع الأصلي للدراسة هم المرضى الذين يعانون الشره العصبي، ممن يترددون على عيادات السمنة، ممن تتراوح أعمارهم بين (20 – 45)، وقد اختيرت العينة بهذه الخصائص للإجابة عن أسئلة الدراسة وتحقيق أهدافها والتحقق من فروضها، وذلك في ضوء ما أشارت إليه دراسات (Larsen, etal., 2006)، (Fulkerson etal., 2007) ، وتم سحب العينة بالطريقة العشوائية، وانقسمت إلى: عينة قصدية.

1. **عينة استطلاعية:** عينة التحقق من الكفاءة السيكومترية لأدوات الدراسة: تم استقطابها من المشافي عموماً من الجنسين (N=100) مريضاً

للشره العصبي، وذلك لحساب الكفاءة السيكومترية لمقاييس الدراسة.

2. **عينة أساسية:** شملت (N=100)، وتم استقطاب العينة القصدية من المشافي ومراكز الصحة النفسية.

جـ- **أدوات الدراسة:** اعتمدت الدراسة على بناء المقياسين التاليين:

أولاً: مقياس التنظيم الانفعالي: مر المقياس في بنائه بعدة مراحل يمكن إيضاحها فيما يلي:

دراسة وتحليل النظريات والدراسات والمقاييس السابقة: تتضمن الدراسة الاستطلاعية جمع مصادر المعرفة المرتبطة بالمقياس، سواءً كان ذلك تحليلًا للنظريات أو تفنيدًا للدراسات السابقة أو الوقوف على المقاييس المُعدة سلفاً، فقد تم تحديد مكونات المقياس كما سبق أن أوضحنا عند صياغة التعريف الإجرائي بأنه: استجابة الفرد لمثيرات (التعبير الانفعالي، الوعي الانفعالي، التحكم الانفعالي)، ويتمثل ذلك في الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على المقياس المُعد لذلك.

- **المكون الأول:** التعبير الانفعالي: استجابة الفرد لفظياً أو غير لفظي إزاء المثيرات بشكل مناسب.
- **المكون الثاني:** الوعي الانفعالي: إدراك أسباب ونتائج الانفعالات الخاصة بالفرد نفسه أو بالآخرين مما يساعد الفرد على تحقيق أهدافه.
- **المكون الثالث:** التحكم الانفعالي: القدرة على التعبير الإيجابي عن الطاقة الانفعالية بما يساعد على ضبط الانفعالات.

صياغة عبارات المقياس: تم صياغة عبارات المقياس في ضوء عدة اعتبارات منها (ألا تبدأ العبارات بكلمات النفي، ألا تكون العبارات غامضة أو موحية، يفضل عدم استخدام صيغ المبالغة، ألا تتضمن صياغات مزدوجة المعنى، صياغة العبارات بين السلبي والإيجابي)، وجاءت صياغة العبارات في صورة معلومات شاملة للمجالات المراد قياسها، والتي تندرج تحت مظلة التنظيم الانفعالي، وقد بلغ عدد عبارات المقياس في صورته الأولية (28) بنداً.

تحديد بدائل الاستجابة: تم اختيار شكل الإجابة الثلاثي، والذي يتمثل في: (موافق، غير موافق، إلى حدٍ ما)، حيث إن شكل الاستجابة الثنائي محدود جداً لا يُعطي المفحوص المساحة الكافية للتفكير في الاختيار، أما الشكل الخماسي للاستجابة، فمن شأنه أن يشتت المفحوص نظراً لكثرة البدائل المطروحة أمامه، فضلاً عن أن طبيعة المقياس تفرض ذلك.

تعليمات المقياس: تتضمن تعليمات المقياس بيانات المفحوص (السن، المستوى الاجتماعي والتعليمي والنوع)، وقد تم تحديد ذلك في ضوء ما أكدته الدراسات السابقة.

تحكيم المقياس: تم تحكيم المقياس حيث طلب من اختصاصيي علم النفس (N=3)، إبداء آرائهم بشأن العبارات وتعليمات المقياس، وكان من آرائهم حذف بعض العبارات لأسباب مختلفة كالعمومية أو الغموض أو تكرار المعنى، وتعديل بعضٍ منها فأصبح عدد مفرداته في صورته النهائية (28) عبارة.

المرغوبية الاجتماعية للمقياس: ونقصد بها صياغة المفردات بما لا يوحي للمفحوص باختيار الاستجابة المستحسنة اجتماعياً، وللتحقق من تفعيل المرغوبية الاجتماعية كأحد معايير المقياس الجيد في الجوانب الاجتماعية والوجدانية للسلوك الإنساني، يجب توافر عدة شروط عند صياغة البنود التي سبق ذكرها، بالإضافة لعدم توضيح الاسم الحقيقي للمقياس على غلاف الصورة النهائية، وكذلك توزيع مفردات المقياس بشكل دائري، بهدف ألا يعرف المفحوص الهدف الرئيس من المقياس ولا يختار الإجابة المستحسنة اجتماعياً.

الصورة النهائية للمقياس: تكون المقياس في صورته النهائية من (28) عبارة موزعة على ثلاثة مكونات هي الأكثر تكراراً بعد مسح الدراسات والمقاييس والنظريات والنماذج المفسرة لمفهوم التنظيم الانفعالي، كما في جدول (1):

جدول (1) مكونات المقياس وعدد العبارات في الصور النهائية لمقياس التنظيم الانفعالي

م	المكونات	أرقام مفردات كل مكون	المجموع
1	التعبير الانفعالي	1، 4، 7 ، 10، 13، 16، 19، 22، 25، 27	10
2	الوعي الانفعالي	2، 5، 8، 11، 14، 17، 20، 23	8
3	التحكم الانفعالي	3، 6، 9، 12، 15، 18، 21، 24، 26، 28	10

تقدير الدرجة على المقياس: تم التصحيح وفقاً للبدائل الموجودة (مرفق، غير موافق، إلى حدٍ ما) تحصل الدرجات الإيجابية على الدرجات (3، 2، 1) على التوالي، أما العبارات السلبية فتتبع عكس هذا التدرج، وبذلك تتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين (28 – 87) درجة، وتدل الدرجة المرتفعة على معدل مرتفع من التنظيم الانفعالي، أما الدرجة المنخفضة فتدل على عجز التنظيم الانفعالي، ولا يوجد وقت محدد للإجابة عن بنود هذا المقياس.

ثبات المقياس: تم حساب الكفاءة السيكومترية للمقياس على (N=100) من مرضى الشره العصبي بطريقة ألفا لكرونباخ، حيث بلغ (0.71)، وبطريقة التجزئة النصفية حيث بلغ بعد التصحيح 0.74، وحيث إن مُعامل ثبات التجزئة النصفية يعتبر معامل ثبات نصف الاختبار.

وتم حساب الثبات أيضاً بطريقة الاتساق الداخلي بهدف التأكد من تجانس المقياس من خلال حساب معاملات ارتباط كل مكون والمقياس ككل كما في جدول (2):

جدول (2) الاتساق الداخلي قيم (ر) بين درجة كل مكون فرعي والدرجة الكلية لمقياس التنظيم الانفعالي

المقياس	المكون الأول	المكون الثاني	المكون الثالث	المكون الرابع
المكون الأول	1	0.191	* 0.529	** 0.741
المكون الثاني	** 0.981	1	** 0.814	** 0.656
المكون الثالث	** 0.529	* 0.345	1	0.865
المقياس ككل	** 0.942	* 0.656	** 0.865	1

صدق المقياس: تم حساب صدق المقياس بالطرق الآتية:

أ – **صدق المحكمين:** تم عرض المقياس على (ن=3) من الاختصاصيين في علم النفس، وقد أخذت آراؤهم بعين الاعتبار.

ب – **صدق البناء والتكوين:** تم بناء المقياس في ضوء تحليل محتوى المقاييس السابقة والنظريات المفسرة له، وكذلك التعريفات الإجرائية، وقد سبق إيضاح ذلك.

جـ– **الصدق العاملي:** ويعني التفاف مكونات المقياس حول عوامل قوية تفسر نسبة كبيرة من تباين الاستجابات، وتحديد العوامل والارتباط بين العوامل، وتحديد المتغيرات التي تندرج تحت عامل أو عدد من العوامل.

وقد تم استخراج دلالات الصدق العاملي للمقياس من خلال التحليل العاملي، للمفردات باستخدام التحليل العاملي الاستكشافي باستخدام طريقة "هوتيلنج ": المكونات الرئيسية Principle Components، واستخدام محك " جتمان " Kaiser الحدود الدنيا لتحديد عدد العوامل بحيث يُعد العامل جوهرياً إذا كانت قيمة الجذر الكامن ≤ 1.0 Eigen Value الواحد الصحيح، ثم أديرت العوامل

المستخرجة تدويراً متعامداً – بافتراض استقلالية العوامل – Orthogonal Rotation بطريقة Varimax، وأخيراً تحديد التشبع الجوهري للبند بأنه ≤ 0.3.

بالقراءة الكمية لطريقة المصفوفات الارتباطية البينية بين المتغيرات الداخلة في التحليل العاملي Correlation Matrix نجد أنه لا يوجد ارتباط أعلى من 90%، ولذلك لم يتم حذف أي متغيرات، كما أن قيمة KMO (0.611) وهي نسبة ،>(0.50) وبذلك يعتبر مؤشرًا نطمئن له لمدى كفاية أفراد العينة، وبالنظر لقيمة اختبار Bartlett للدائرية مؤشرًا للعلاقة بين المتغيرات، ونجد أن مستوى الدلالة = (0.000)، وبما أنه أقل من (0.05)، إذاً فهو دال ومقبول إحصائياً، وبناءً على المحكات السابقة تم استخلاص أربعة عوامل بالفعل لمقياس التنظيم الانفعالي.

مستخلص العوامل: ويُلاحظ أن نتائج التحليل العاملي أسفرت عن أن مكونات التنظيم الانفعالي التي بلغ قوام مدخلاتها (28) متغيراً قد أسفرت عن أن التنظيم الانفعالي يدور حول ثلاث عوامل رئيسة هي: التعبير الانفعالي والوعي الانفعالي والتحكم الانفعالي، ويُلاحظ أن هناك ترابطًا بين مكونات المقياس، بحيث إنها تقيس ظاهرة واحدة.

ثانياً: مقياس الشره العصبي: مر المقياس بمراحل إعداد المقياس السابق نفسها، ويمكن إيضاحها فيما يلي:

دراسة وتحليل النظريات والمقاييس والدراسات السابقة: يُعد تحليل الأطر النظرية والدراسات السابقة خطوة أساسية لبناء المقياس وتحديد مكوناته، وقد تحددت مكونات المقياس في ضوء التعريف الإجرائي – والذي سبق الإشارة إليه عند صياغة التعريف الإجرائي للمفاهيم، ونوضحه فيما يلي:

1- استجابة الفرد لمثيرات تكرار استهلاك كميات كبيرة من الأكل والرغبة في التخلص من الأكل (بالمليانات والقيء) والمشاعر المرتبطة بالأكل مثل: (الذنب، القلق، التوتر)، وعدم القدرة على السيطرة على سلوك الأكل، وينعكس ذلك في الدرجة التي يحصل عليها الفرد على المقياس المُعد لذلك.

المكون الأول: تكرر استهلاك كميات كبيرة من الأكل: هي حالة مرضية من الإفراط في تناول الطعام خلال فترة قصيرة والشعور بالامتلاء والغثيان.

المكون الثاني: الرغبة في التخلص من الأكل (المليانات، القيء): الانشغال الدائم بالتحكم في الوزن والخوف من الوصول للتخمة؛ فليجأ إلى القيء بعد نوبة الشره أو المليانات للتخلص من الأكل.

المكون الثالث: عدم القدرة على السيطرة على سلوك الأكل: الرغبة الملحة في تناول الطعام والإحساس الدائم بالجوع، وعدم القدرة على التوقف عن الأكل حتى بعد الإحساس بالشبع.

المكون الرابع: المشاعر المرتبطة بالأكل (الشعور بالذنب والقلق والتوتر): شعور الفرد بالذنب والاشمئزاز نتيجة التناول القهري للطعام والقلق والتوتر والخوف من شكل الجسم ووزنه.

2- **صياغة عبارات المقياس:** تم صياغة عبارات المقياس في ضوء عدة اعتبارات منها (ألا تبدأ العبارات بكلمات النفي، ألا تكون العبارات غامضة أو موحية، يفضل عدم استخدام صيغ المبالغة، ألا تتضمن صياغات مزدوجة المعنى، صياغة العبارات بين السلبي والإيجابي)، وجاءت صياغة العبارات في صورة معلومات شاملة للمجالات المراد قياسها والتي تندرج تحت مظلة الشره العصبي، وقد بلغ عدد عبارات المقياس في صورته الأولية (36) بنداً.

3- **تحديد بدائل الاستجابة:** تم اختيار شكل الإجابة الثلاثي، والذي يتمثل في: (موافق، غير موافق، إلى حدٍ ما)؛ حيث إن شكل الاستجابة الثنائي محدود جداً لا يُعطي المفحوص المساحة الكافية للتفكير في الاختيار، أما الشكل الخماسي للاستجابة، فمن شأنه أن يشتت المفحوص نظراً لكثرة البدائل المطروحة أمامه.

4- **تحكيم المقياس:** تم تحكيم المقياس حيث طلب من اختصاصيي علم النفس (N=3) إبداء آرائهم بشأن العبارات، وتعليمات المقياس، وكان من آرائهم حذف بعض العبارات لأسباب مختلفة كالعمومية أو الغموض أو تكرار المعنى، وتعديل بعض منها فأصبح عدد مفرداته في صورته النهائية (36) عبارة.

5- **المرغوبية الاجتماعية للمقياس:** ونقصد بها صياغة المفردات بما لا يوحي للمفحوص اختيار الاستجابة المستحسنة اجتماعياً، وللتحقق من تفعيل المرغوبية الاجتماعية كأحد معايير المقياس الجيد في الجوانب الاجتماعية والوجدانية للسلوك الإنساني، يجب توافر عدة شروط عند صياغة البنود التي سبق ذكرها، بالإضافة لعدم توضيح الاسم الحقيقي للمقياس على غلاف الصورة النهائية، وكذلك توزيع مفردات المقياس بشكل دائري؛ بهدف ألا يعرف المفحوص الهدف الرئيس من المقياس ولا يختار الإجابة المستحسنة اجتماعياً مراعاة للموضوعية.

6- **الصورة النهائية للمقياس:** تكون المقياس في صورته النهائية من (36) عبارة موزعة على ثلاثة مكونات هي الأكثر تكراراً بعد مسح الدراسات والمقاييس والنظريات والنماذج المفسرة للشره العصبي؛ كما في جدول (3):

جدول (3) مكونات المقياس وعدد العبارات في الصور النهائية لمقياس الشره

م	المكونات	أرقام مفردات كل مكون	المجموع
1	تكرر استهلاك كميات كبيرة من الأكل	1، 5، 9، 13، 17، 21، 25، 29	10
2	الرغبة في التخلص من الأكل	2، 6، 10، 14، 18، 22، 26، 30، 33	9
3	عدم القدرة على السيطرة على سلوك الأكل	3، 7، 10، 14، 18، 22، 26، 31، 34	9
4	المشاعر المرتبطة بالأكل	4، 8، 12، 16، 20، 24، 28، 32، 35، 36	10

تقدير الدرجة على المقياس: تم التصحيح وفقاً للبدائل الموجودة (موافق، غير موافق، إلى حدٍ ما) تحصل الدرجات الإيجابية على الدرجات (3، 2، 1) على التوالي، أما العبارات السلبية فتتبع عكس هذا التدرج، وبذلك تتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين (36 – 108) درجة، وتدل الدرجة المرتفعة على معدل مرتفع الشره، أما الدرجة المنخفضة فتدل على انخفاض السمة، ولا يوجد وقت محدد للإجابة عن بنود هذا المقياس.

ثبات المقياس: تم حساب الكفاءة السيكومترية للمقياس على (N=100) من مرضى الشره العصبي بطريقة ألفا لكرونباخ حيث بلغ (0.84)، وبطريقة التجزئة النصفية حيث بلغ بعد التصحيح (0.71)، وحيث إن معامل ثبات التجزئة النصفية يعتبر معامل ثبات نصف الاختبار.

وتم حساب الثبات أيضاً بطريقة الاتساق الداخلي؛ بهدف التأكد من تجانس المقياس من خلال حساب معاملات ارتباط كل مكون والمقياس ككل، كما في جدول (4):

جدول (4) الاتساق الداخلي قيم (ر) بين درجة كل مكون فرعي والدرجة الكلية لمقياس تنظيم الشره العصبي

المقياس	المكون الأول	المكون الثاني	المكون الثالث	المكون الرابع	المقياس ككل
المكون الأول	1	* 0.822	** 0.820	* 0.461	** 0.865
المكون الثاني	* 0.495	1	** 0.380	** 0.812	** 0.742
المكون الثالث	** 0.615	* 0.465	1	** 0.821	** 0.635
المكون الرابع	* 0.420	** 0.720	* 0.496	1	** 0.663
المقياس ككل	** 0.798	** 0.630	** 0.750	** 0.792	1

صدق المقياس: تم حساب صدق المقياس بالطرق الآتية:

أ – **صدق المحكمين:** حيث تم عرض المقياس على (N=3) من الاختصاصيين في علم النفس وقد أخذت آراؤهم بعين الاعتبار، حيث بلغ المقياس في صورته الأولية (36).

ب – **صدق البناء والتكوين:** تم بناء المقياس في ضوء تحليل محتوى المقاييس السابقة والنظريات المفسرة له، وكذلك التعريفات الإجرائية، وقد سبق إيضاح ذلك.

جـ– **الصدق العاملي:** ويعني التفاف مكونات المقياس حول عوامل قوية تفسر نسبة كبيرة من تباين الاستجابات، وتحديد العوامل والارتباط بين العوامل، وتحديد المتغيرات التي تندرج تحت عامل أو عدد من العوامل.

وقد تم استخراج دلالات الصدق العاملي للمقياس من خلال التحليل العاملي، للمفردات باستخدام التحليل العاملي الاستكشافي باستخدام طريقة "هوتيلنج ": المكونات الرئيسية Principle Components، واستخدام محك " جتمان " Kaiser الحدود الدنيا لتحديد عدد العوامل، بحيث يُعد العامل جوهرياً إذا كانت قيمة الجزر الكامن Eigen Value ≥ 1.0 الواحد الصحيح، ثم أديرت العوامل المستخرجة تدويراً متعامداً – بافتراض استقلالية العوامل – Orthogonal Rotation بطريقة Varimax، وأخيراً تحديد التشبع الجوهري للبند بأنه ≤ 0.3.

بالقراءة الكمية لطريقة المصفوفات الارتباطية البينية بين المتغيرات الداخلة في التحليل العاملي Correlation Matrix نجد أنه لا يوجد ارتباط أعلى من 90%، ولذلك لم يتم حذف أي متغيرات، كما أن قيمة KMO (0.611) وهي نسبة >(0.50)؛ وبذلك يعتبر مؤشرًا نطمئن له لمدى كفاية أفراد العينة، وبالنظر لقيمة اختبار Bartlett للدائرية مؤشرًا للعلاقة بين المتغيرات، ونجد أن مستوى الدلالة = (0.000)، وبما أنه أقل من (0.05)؛ إذاً فهو دال ومقبول إحصائياً، وبناءً على المحكات السابقة تم استخلاص أربعة عوامل بالفعل لمقياس الشره العصبي.

مستخلص العوامل: ويُلاحظ أن نتائج التحليل العاملي أسفرت عن أن مكونات الشره العصبي التي بلغ قوام مدخلاتها (36) متغيراً قد أسفرت عن أن الشره العصبي يدور حول أربعة عوامل رئيسية هي: تكرار استهلاك كميات كبيرة من الأكل، وعدم القدرة على السيطرة على سلوك الأكل، والرغبة في التخلص من الأكل، والمشاعر المرتبطة بالأكل، ويُلاحظ أن هناك ترابطًا بين مكونات المقياس، بحيث إنها تقيس ظاهرة واحدة.

ثالثاً: مقياس صورة الجسم: مر المقياس بمراحل إعداد المقياس السابق نفسها، ويمكن إيضاحها فيما يلي:

دراسة وتحليل النظريات والمقاييس والدراسات السابقة: مر المقياس بمراحل إعداد المقياس السابق نفسها، حيث تحليل الأطر النظرية والدراسات السابقة خطوة أساسية لبناء المقياس وتحديد مكوناته، في ضوء التعريف الإجرائي، والذي سبق الإشارة إليه عند صياغة المفهوم الإجرائي في مدخل هذه الدراسة وهو:

1- استجابة الفرد لمثيرات الرضا عن صورة الجسم، التناسق بين أجزاء الجسم، إدراك صورة الجسم، ويظهر ذلك في الدرجة التي يحصل عليها الفرد على المقياس المُعد لذلك.

المكون الأول: الرضا عن صورة الجسم: الصورة الذهنية الإيجابية سواءً كانت تجاه الجسد كله أم تجاه أجزاء معينة، والتي تدفع الفرد لاحترام وتقدير ذاته.

المكون الثاني: التناسق بين أجزاء الجسم: تآزر أعضاء الجسم مع بعضها من حيث الطول والوزن.

المكون الثالث: إدراك صور الجسم: هو كل ما يتعلق بتصور ومعرفة الفرد عن شكل وحجم ووزن جسمه ومظهره وأجزاء جسمه.

2- **صياغة عبارات المقياس:** تم صياغة عبارات المقياس في ضوء عدة اعتبارات سبق الإشارة إليها في المقياسين السابقين، وقد بلغ عدد عبارات المقياس في صورته الأولية (36) بنداً.

3- **تحديد بدائل الاستجابة:** تم اختيار شكل الإجابة الثلاثي، ويتمثل (موافق، غير موافق، إلى حدٍ ما)؛ حيث إن شكل الاستجابة الثنائي محدود جداً لا يُعطى المفحوص المساحة الكافية للتفكير في الاختيار، أما الشكل الخماسي للاستجابة فمن شأنه أن يشتت المفحوص نظراً لكثرة البدائل المطروحة أمامه.

4- **تحكيم المقياس:** تم تحكيم المقياس، حيث طلب من اختصاصيي علم النفس (N=3) إبداء آرائهم بشأن العبارات، وتعليمات المقياس، وكان من آرائهم حذف بعض العبارات لأسباب مختلفة كالعمومية أو الغموض أو تكرار المعنى، وتعديل بعض منها فأصبح عدد مفرداته في صورته النهائية (26) عبارة.

5- **المرغوبية الاجتماعية للمقياس:** ونقصد بها صياغة المفردات بما لا يوحي للمفحوص اختيار الاستجابة المستحسنة اجتماعياً؛ وللتحقق من تفعيل المرغوبية الاجتماعية، كأحد معايير المقياس الجيد في الجوانب الاجتماعية والوجدانية للسلوك الإنساني، يجب توافر عدة شروط عند صياغة البنود التي سبق ذكرها، بالإضافة لعدم توضيح الاسم الحقيقي للمقياس على غلاف الصورة النهائية، وكذلك توزيع مفردات المقياس توزيعاً دائرياً؛ بهدف ألا يعرف المفحوص الهدف الرئيس من المقياس ولا يختار الإجابة المستحسنة اجتماعياً مراعاة للموضوعية.

6- **الصورة النهائية للمقياس:** تكون المقياس في صورته النهائية من (26) عبارة موزعة على ثلاثة مكونات نجملها في جدول (5):

جدول (5) مكونات المقياس وعدد العبارات في الصور النهائية لمقياس صورة الجسم

م	المكونات	أرقام مفردات كل مكون	المجموع
1	الرضا عن صورة الجسم	1، 4، 7، 10، 13، 16، 19، 22، 25	9
2	التناسق بين أجزاء الجسم	2، 5، 8، 11، 14، 17، 20، 23	8
3	إدراك صورة الجسم	3، 6، 9، 12، 15، 18، 21، 24، 26	9

أ- **تقدير الدرجة على المقياس:** تم التصحيح وفقاً للبدائل الموجودة (موافق، غير موافق، إلى حدٍ ما)، حيث تحصل الدرجات الإيجابية على الدرجات (3، 2، 1) على التوالي، أما العبارات السلبية فتتبع عكس هذا التدرج، وبذلك تتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين (26 – 78) درجة، وتدل الدرجة المرتفعة على معدل مرتفع الرضا عن صورة الجسم، أما الدرجة المنخفضة فتدل على تشوه صورة الجسم، ولا يوجد وقت محدد للإجابة عن بنود هذا المقياس.

ب- **ثبات المقياس:** تم حساب الكفاءة السيكومترية للمقياس على (N=100) من مرضى الشره العصبي بطريقة ألفا لكرونباخ حيث بلغ (0.88)، وبطريقة التجزئة النصفية بلغ بعد التصحيح (0.79)، وحيث إن معامل ثبات التجزئة النصفية يعتبر معامل ثبات نصف الاختبار.

وتم حساب الثبات أيضاً بطريقة الاتساق الداخلي بهدف التأكد من تجانس المقياس من خلال حساب معاملات ارتباط كل مكون، والمقياس ككل كما في جدول (6):

جدول (6) الاتساق الداخلي قيم (ر) بين درجة كل مكون فرعي والدرجة الكلية لمقياس صورة الجسم

المقياس	المكون الأول	المكون الثاني	المكون الثالث	المقياس ككل
المكون الأول	1	0.650 **	0.635 - **	0.635 **
المكون الثاني	0.658 **	1	0.763 **	0.768 **
المكون الثالث	0.837 **	0.420 *	1	0.641 **
المقياس ككل	0.696 **	0.717 **	0.862 **	1

يتضح مما سبق أن معامل الاتساق بين درجة كل مكون والدرجة الكلية للمقياس مقبولة، وفي ضوء ما تقدم فإن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات.

جـ- **الصدق العاملي:** ويعني التفاف مكونات المقياس حول عوامل قوية تفسر نسبة كبيرة من تباين الاستجابات، وتحديد العوامل والارتباط بين العوامل وتحديد المتغيرات التي تندرج تحت عامل أو عدد من العوامل.

وقد تم استخراج دلالات الصدق العاملي للمقياس من خلال التحليل العاملي، للمفردات باستخدام التحليل العاملي الاستكشافي باستخدام طريقة "هوتيلنج ": المكونات الرئيسية Principle Components، واستخدام محك " جتمان " Kaiser الحدود الدنيا لتحديد عدد العوامل، بحيث يُعد العامل جوهرياً إذا كانت قيمة الجزر الكامن Eigen Value ≤ 1.0 الواحد الصحيح، ثم أديرت العوامل المستخرجة تدويراً متعامداً – بافتراض استقلالية العوامل – Orthogonal Rotation بطريقة Varimax، وأخيراً تحديد التشبع الجوهري للبند بأنه ≤ 0.3.

بالقراءة الكمية لطريقة المصفوفات الارتباطية البينية بين المتغيرات الداخلة في التحليل العاملي Correlation Matrix نجد أنه لا يوجد ارتباط أعلى من 90%، ولذلك لم يتم حذف أي متغيرات، كما أن قيمة KMO (0.611) وهي نسبة >(0.50)؛ وبذلك يعتبر مؤشرًا نطمئن به لمدى كفاية أفراد العينة، وبالنظر لقيمة اختبار Bartlett للدائرية مؤشرًا للعلاقة بين المتغيرات، ونجد أن مستوى الدلالة = (0.000) وبما أنه أقل من (0.05)؛ إذاً فهو دال ومقبول إحصائياً، وبناءً على المحكات السابقة تم استخلاص أربعة عوامل بالفعل لمقياس الشره العصبي.

مستخلص العوامل: ويُلاحظ أن نتائج التحليل العاملي أسفرت عن أن مكونات الشره العصبي التي بلغ قوام مدخلاتها (36) متغيراً قد أسفرت عن أن الشره العصبي يدور حول أربعة عوامل رئيسة هي: تكرار استهلاك كميات كبيرة من الأكل، عدم القدرة على السيطرة على سلوك الأكل، الرغبة في التخلص من الأكل، المشاعر

المرتبطة بالأكل، ويُلاحظ أن هناك ترابطًا بين مكونات المقياس، بحيث إنها تقيس ظاهرة واحدة.

نتائج الدراسة: وتتضمن معالجة الفروض ومناقشة نتائجها في ضوء طرح الدراسات السابقة وأوجه الإفاق والاختلاف مع النتائج، وذلك على النحو التالي:

الفرض الأول ونصه: يتباين التنظيم الانفعالي بتباين المتغيرات الديموجرافية (النوع، السن، مستوى التعليم)، لاختبار صحة هذا الفرض تمت معالجة استجابات عينة الدراسة (ن=100) على مقياس التنظيم الانفعالي باستخدام الإحصاء اللابارامتري (اختبار مان وتني)، واختبار كروسكال، ونوضح ذلك فيما يلي:

أولاً: التنظيم الانفعالي ومتغير النوع: نوضح ذلك في جدول (7):

جدول (7) قيمة (ت) لدلالة الفروق بين الذكور والإناث على التنظيم الانفعالي

المتغير	النوع	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	معامل الالتواء	قيمة (ت)	الدلالة الإحصائية	حجم التأثير
التنظيم الانفعالي ككل	ذكور	25	40.08	3.299	0.025	7.109	0.000	1.763
	إناث	75	46.39	5.870	0.814			

(**) دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01)

بالقراءة الكمية للجدول (7) يتضح أن قيمة (ت) لدلالة الفروق بين متوسط أداء الذكور والإناث من مرضى الشره على مقياس التنظيم الانفعالي بلغت (0.000) فهي دالة إحصائياً، ويتم قبول الفرض، بأنه يختلف التنظيم الانفعالي باختلاف النوع، وهذا ما أكدته دراسة (Elizabeth & Ruiz Paidal, 2003)، وكذلك دراسة (Schaller Tomokoundo, 2009)، حيث كشفت عن وجود فروق بين الذكور والإناث في اتجاه الإناث، في حين أكدت دراسة (Domes Gregor, Herperts, 2010) بأن الذكور أعلى من الإناث في تنظيم انفعالاتهم؛ أما دراسة (Ashley Newton, 2014) فقد أكدت النتائج عدم وجود فروق بين الذكور والإناث.

ثانياً: الفرق في التنظيم الانفعالي ومتغير العمر:

للتحقق من صحة هذا الفرض عولجت استجابات عينة الدراسة (N=100) على كلٍ من مقياس التنظيم الانفعالي، ونوضح ذلك في جدول (8):

جدول (8) قيمة (ت) لدلالة الفروق بين السن والتنظيم الانفعالي

المتغير	السن	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	معامل الالتواء	قيمة (ت)	الدلالة الإحصائية	حجم التأثير
التنظيم الانفعالي	20 – 25 سنة	48	49.08	4.473	0.637	3.74	0.000	0.148
	30 – 35 سنة	52	60.56	5.02	0.762			

بمراجعة جدول (8) يتضح أن قيمة (ت) لدلالة الفروق بين متوسط السن لمرضى الشره على مقياس التنظيم الانفعالي بلغت (0.000) فهي دالة إحصائياً، يتم قبول الفرض القائل: بأنه يختلف التنظيم الانفعالي باختلاف العمر، وتتفق هذه الدراسة مع ما أشارت إليه دراسة (Lucy Vectoria, 2014)، حيث أكدت أن التنظيم الانفعالي يزداد مع التقدم في العمر، وكذلك دراسة كلٍ من (Pfeifer Lexiey, 2015)، (Michael f.w Dreyfuss, 2017)، (Moon Myungho, 2002).

ثالثاً: التنظيم الانفعالي ومتغير التعليم، ونوضح ذلك في جدول (9):

جدول (9) قيمة (ت) لدلالة الفروق بين مستوى التعليم (أقل من متوسط، جامعي) على التنظيم الانفعالي

المتغيرات	التعليم	ن	المتوسط	الانحراف المعيارى	معامل الالتواء	قيمة (ت)	الدلالة الإحصائية	حجم التأثير
التنظيم الانفعالي التعليم	أقل من المتوسط	52	51.83	9.141	0.327	1.387	0.174	0.446
	جامعي	48	56.43	11.219	0.532			

يتضح من الجدول (9) أن قيمة (ت) لدلالة الفروق بين متوسط السن لمرضى الشره على مقياس التنظيم الانفعالي بلغت (0.174) فهي غير دالة إحصائياً، ويتم قبول الفرض القائل: بأنه يختلف التنظيم الانفعالي باختلاف العمر، وهذا ما أكدته دراسة (Leipold Bern Hard & Leoption time, 2015)، حيث لا يختلف التنظيم الانفعالي باختلاف التعليم، وكذلك دراسة (Holling Worth, 2014).

الفرض الثاني، ونصه: يختلف الشره العصبي باختلاف المتغيرات الديموجرافية (النوع، السن، التعليم)

أولاً: الشره العصبي ومتغير النوع:

للتحقق من صحة هذا الفرض عولجت استجابات عينة الدراسة (N=100) على كلٍ من مقياس الشره العصبي باستخدام اختبار (ت) لدلالة الفروق، كما هو موضح في جدول (10):

جدول (10) قيمة (ت) لدلالة الفروق بين الذكور والإناث على متغير الشره العصبي

المتغير	النوع	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	معامل الالتواء	قيمة (ت)	الدلالة الإحصائية	حجم التأثير
الشره العصبي ككل	ذكور	25	40.08	5.479	0.205	0.442	0.661	0.118
	إناث	75	46.39	4.578	0.121			

بالقراءة الكمية للجدول (10) يتضح أن قيمة (ت) لدلالة الفروق بين متوسط أداء الذكور والإناث من مرضى الشره على مقياس الشره العصبي بلغت (0.661)، فهي غير دالة إحصائياً، ويتم رفض الفرض، وأن الشره العصبي لا يختلف باختلاف (الذكور والإناث)، وهذا ما أكدته دراسة (Alperin, etal., 2004)، حيث أشارت إلى عدم وجود فرق بين الذكور والإناث بصدد متغير الشره العصبي، في حين أكدت دراسة (Raechel M Perry, 2014) ارتفاع الشره العصبي لدى الذكور عن الإناث مع عجز التنظيم، بينما أكدت دراسة (Larsen, 2006) ارتفاع الشره لدى الإناث عن الذكور.

ثانياً: الشره العصبي بصدد متغير العمر:

للتحقق من صحة هذا الفرض عولجت استجابات عينة الدراسة (N=100) على كلٍ من مقياس الشره العصبي باستخدام اختبار (ت) لدلالة الفروق، ونوضح ذلك في جدول (11):

جدول (11) قيمة (ت) لدلالة الفروق بين السن والشره العصبي

المتغير	العمر	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	معامل الالتواء	قيمة (ت)	الدلالة الإحصائية	حجم التأثير
الشره العصبي	20 – 25 سنة	48	49.60	4.370	0.623	0.008	0.994	0.002
	30 – 35 سنة	52	60.56	5.470	0.669			

بالقراءة الكمية للجدول (11) يتضح أن قيمة (ت) لدلالة الفروق بين متوسط السن لمرضى الشره على مقياس الشره العصبي بلغت (0.994) فهي غير دالة إحصائياً، ويتم رفض الفرض القائل: بأنه يختلف الشره العصبي باختلاف العمر، وهذا ما أكدته نتائج دراسة (Burggraf, etal., 2000)، حيث أثبتت أن الشره العصبي لا يختلف باختلاف العمر، بينما أشارت دراسة (Jo–Changic, 2004) ، وكذلك دراسة (Spencer, etal., 2011) ارتباط الشره العصبي بمتغير العمر.

ثالثاً: الشره العصبي ومتغير التعليم:

للتحقق من صحة هذا الفرض عولجت استجابات عينة الدراسة (N=100) على كلٍ من مقياس التنظيم الانفعالي باستخدام اختبار (ت) لدلالة الفروق، ونوضح ذلك في جدول (12):

جدول (12) قيمة (ت) لدلالة الفروق بين مستوى التعليم (أقل من متوسط، جامعي) على الشره العصبي

المتغير	التعليم	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	معامل الالتواء	قيمة (ت)	الدلالة الإحصائية	حجم التأثير
الشره العصبي	أقل من المتوسط	48	51.83	3.660	0.512	0.1081	0.914	0.033
	جامعي	52	56.43	6.087	0.362			

بالقراءة الكمية للجدول (12) يتضح أن قيمة (ت) لدلالة الفروق بين متوسط السن لمرضى الشره على مقياس التنظيم الانفعالي بلغت (0.914) فهي غير دالة إحصائياً، ويتم قبول الفرض القائل بأن الشره العصبي لا يختلف باختلاف العمر.

ويلاحظ أن هذه النتائج أكدت صحتها دراسة (Kroller, etal., 2008)، حيث أشارت إلى عدم وجود علاقة بين الشره ومستوى التعليم، في حين أن دراسة (Delias & West, 2008) ، وكذلك دراسة (Pauls Brain, 2005) أكدت أن العوامل الاجتماعية والتعليمية تعد منبئات دالة على الشراهة.

الفرض الثالث: التنظيم الانفعالي من محددات الشره العصبي وصورة الجسم.

للتحقق من هذا الفرض عولجت استجابات العينة باستخدام تحليل الانحدار المتعدد ذي التسلسل الهرمي، ونوضح ذلك في جدول (13):

جدول (13) تحليل الانحدار المتعدد ذي التسلسل الهرمي

المتغير التنبؤي	المتغيرات المنبئة	معامل الانحدار	معامل الانحدار المعياري	قيمة (ت)	الدلالة	معامل الارتباط	معامل التحديد R2	ف	مستوى الدلالة
التنظيم الانفعالي	الشره العصبي	0.5191	0.714	13.541	0.00	0.931	0.780	275.736	0.000
	صورة الجسم ككل	1.530	0.750	13.868	0.00	0.988	0.765	230.043	0.00

يتبين لنا من الجدول (13) قدرة التنظيم الانفعالي على التنبؤ بالشره العصبي حيث بلغت قيمة تحليل الانحدار (1.519) عند مستوى دلالة (1%)، تليها صورة الجسم حيث بلغت قيمة تحليل الانحدار (1.530) عند مستوى دلالة (1%)، وتتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسات (Hunt Tyler k, 2017) التي توصلت إلى أن الأفراد الذين يعانون من صعوبات في التنظيم الانفعالي يعانون من اضطرابات في الأكل، ولديهم انشغال زائد بصورة الجسم، وكذلك دراسة (Leach c Chandler, 2010) حيث أثبتت نتائج دراسته وجود علاقة دالة إحصائيا بين عجز التنظيم الانفعالي والشره العصبي، كما اتفقت نتائج الدراسة مع دراسة(Orzolek, 2001) إلى أن مجموعة المصابين باضطرابات الأكل ظهرت لديهم شعور بكراهية الذات، ودراسة (Moorhead, etal., 2001)التي توصلت إلى أن الفتيات المصابات باضطرابات الأكل يعانين من صعوبات انفعالية كثيرة كالقلق والاكتئاب.

توصيات الدراسة: ونبلورها فيما يلي:

1- إقامة ندوات ومؤتمرات عبر وسائل التلفذة لنشر الوعي عن اضطرابات الأكل خاصةً الشره العصبي وطبيعته وأسبابه وأشكاله وطبيعة الخدمات النفسية التي يمكن أن تقدم من خلال عرض لمراكز موثوقة ضمن المجتمع برهنت عن فعالية عملها العلاجي.
2- تزويد المختصين والمرشدين في المدارس بأفضل البرامج التي أثبتت فعاليتها في تنمية التنظيم الانفعالي.

البحوث المقترحة: في ضوء نتائج الدراسة وتحليل الدراسات السابقة، يمكن طرح تصورات أولية لبحوث مقترحة:

1- تنمية التنظيم الانفعالي لخفض أعراض الشره العصبي لدى طلبة الجامعة.
2- تنمية التنظيم الانفعالي لخفض أعراض فقدان الشبهة العصبي لدى طلبة الجامعة.
3- تنمية التنظيم الانفعالي لخفض أعراض فقدان الشهية العصبي وتحسين صورة الجسم لدى طلبة الجامعة.

المراجع العلمية

أولاً: المراجع العربية:

1- إبراهيم علي إبراهيم، مايسة النبال (1994): صورة الجسم وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية، مجلة دراسات نفسية، العدد (13)، القاهرة، الأنجلو المصرية.

2- أحمد العليمي (1994): دراسة وزن الجسم بين طلبة وطالبات المدارس الثانوية في محافظة الغربية، رسالة ماجستير، كلية الطب، جامعة طنطا.

3- بيك (2000): العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، ترجمة عادل مصطفى، القاهرة، دار الآفاق العربية.

4- حامد زهران (2001): الصحة النفسية والعلاج النفسي، القاهرة: عالم الكتب.

5- رشاد موسى (2006): سيكولوجية الشره العصبي، القاهرة، عالم الكتب.

6- زينب شقير (1999): مدى فاعلية بعض أساليب العلاج المعرفي السلوكي في علاج بعض حالات الشره العصبي من طالبات الجامعة، دراسات نفسية، المجلد (9)، العدد (4).

7- زينب محمود شقير (1999): أثر برنامج علاجي معرفي سلوكي على بعض مظاهر الشخصية لدى عينة من ذوات الشره العصبي من طالبات الجامعة، القاهرة.

8- زينب محمود شقير (2000): مقياس الشره العصبي " البوليما "، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية، الطبعة الأولى.

9- زينب محمود شقير (2004): احذر اضطرابات الأكل، فقدان الشهية العصبي والشره العصبي والسمنة المفرطة، مكتبة النهضة المصرية.

10- زينب محمود شقير، صافيناز شلبي (1999): دراسة بعض مظاهر الصحة النفسية لدى عينة من ذوي اضطرابات الأكل من طالبات الجامعة، مؤتمر الإرشاد الخامس، جامعة عين شمس.

11- سهير كامل أحمد، بطرس حافظ بطرس، وليد فتحي (2010): اختبار صورة الجسم لدى طفل ما قبل المدرسة، الأنجلو المصرية، القاهرة.

12- طريف شوقي فرج (2010): توكيد الذات – مدخل لتنمية الكفاءة الشخصية، القاهرة، دار غريب.

13- عادل خوجة (2011): أثر البرنامج الرياضي المقترح في تحسين صورة الجسم ومفهوم تقدير الذات لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة، مجلة جامعة النجاح للأبحاث (العلوم الإنسانية)، مجلد (25).

14- عبد المنعم الحنفي (1999): موسوعة الطب النفسي، الكتاب الجامع في الاضطرابات النفسية وطرق علاجها نفسياً (المجلد الثاني)، الطبعة الثانية، القاهرة، مكتبة مدبولي.

15- عبد الفتاح مطر (2004): المناخ الدراسي وعلاقته باضطرابات الأكل لدى المراهقين المعاقين سمعياً، المؤتمر السنوي الحادي عشر، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس.

16- عبد الفتاح مطر (2008): اضطرابات الأكل لدى العاديين والمراهقين: اتجاهات حديثة، دار الوفاء للطباعة والنشر.

17- علاء الدين كفافي، ومايسة النبال (1995): صورة الجسم وبعض المتغيرات الشخصية لدى عينات من المراهقات، دراسة ارتقائية ارتباطية، مجلة علم النفس، العدد التاسع والثلاثون، الهيئة المصرية للكتاب.

18- مجدي محمد الدسوقي (2001): الشره العصبي من حيث علاقته ببعض المتغيرات النفسية، مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس، العدد 25، الجزء الثالث.

19- مجدي محمد الدسوقي (2007): اضطرابات الأكل (الأسباب – التشخيص – الوقاية والعلاج)، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، الطبعة الأولى.
20- محمد الطيب (1994): مبادئ الصحة النفسية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
21- محمد النوبي، محمد علي (2005): اختبار فوضوية الأكل، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية، الطبعة الأولى.
22- محمد عاطف، رشاد زعتر (2000): سمات الشخصية واضطرابات الأكل لدى طلاب الجامعة، المؤتمر الدولd الأول، كلية التربية، جامعة الزقازيق، المجلد الأول.
23- مروة نصر محمد (2008): ديناميات صورة الجسم لدى مريضات سرطان الثدي (بين التشخيص والتعديل)، رسالة ماجستير، كلية البنات للآداب، جامعة عين شمس.
24- ناصر المحارب (2000): المرشد في العلاج الاستعرافي السلوكي، الرياض، دار الزهراء.
25- نيفين زيور (1979): صورة الجسم، دراسة في التحليل النفسي لصورة الجسم لدى الأطفال العصبيين باستخدام أدوات البحث الإكلينيكي، رسالة دكتوراة، كلية الآداب، جامعة عين شمس.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

1. Alperin – Rebecca – J (2004): Young child and disturbed eating attitudes and behaviors: relationships with parents, Peers, and boy image. Dissertation abstracts international, vol. 65.
2. Amrit K. (2011): Individual difference in Anxiety sensitivity The role of emotional regulation and Alexithymia. Doctorate, Ypsilanti, Michigan.
3. Bakan, R., Birmingham, C .L., Aeberhardt,L., & Goldner E .M(1993): Dietary zinc intake of vegetarian and non vegetarian patients with anorexia nervosa. Journal of Eating Disorder, vol.13, pp.229-233.
4. Barofsky, 1.& Fontaine, K.R.(1998): Do Psychogenic Dysphagia patients have eating disorders? Dysphagia, Winter, 13(1):pp.24-27.
5. Blinder, B. J., & Chao, K.H. (1994): Eating disorders: A historical perspective. In L. Alexander - Mott& D. B Lumsden (Eds) Understanding Eating disorder anorexia nervosa, bulimia nervosa and obesity (pp. 3-35) Washington DC: Taylor& francis.
6. Bowen, M. (1977): Genealogy of the weakest child, pp. 11-51.
7. Breat,-Caroline: soetens, -Barbara: & et.al (2007): Are two informants better then one? Parent-child agreement on the eating styles of children who are overweight, European- Eating disorder- Review. Vol. 15(6) pp.410-417.
8. Brooks, W. (2002): The relationship among feminist attitudes perceived parental attitudes towards women, achievement orientation and eating disorder behavior in late adolescents women, Doctoral, pace university,New York.
9. Burggraf - Kimberly Kay (2000): Eating disorder symptomatology and media, family, psychological and maturational variables: Alongitudinal study of young females dissertation abstracts international, vol.61(12-6) .p.6734.
10. Carroll-Beth-Allyce (2005): A retrospective exploration of the child hood and adolescent family mealtime environment of women with binge eating disorders. Dissertation abstracts Internationalm, Vol. 66b(10-b),p.5677.
11. Castonguay, L.G., Eldredge ,K.L. &A gras, W .S. (1995): Binge eating disorder: Current tate and directions Clinical psychology Review, Vol.15.pp.815- 890.
12. Cooper, M.G. (1997A): Cognitive theory in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A review. Behavior and cognitive psychotherapy .Vol. 25,pp. 113-145.
13. Foreyt, G. p., poston, W. S., Wineparger, A.A., & MC Gavin, J.K. (1980): Anorexia nervosa and bulimia

nervosa. In EJ Mash& R.A. Barkley (EDS), Treatment of childhood disorders (2ed)pp. 647-680. New York. The Gilford press.

14. Furnham, A. & Hume-Wright, A. (1992): Lay theories of anorexia nervosa Journal of Clinical psychology, Vol. 48, No.I, PP.20-36.
15. Heather L. H. (2001): the role of ego development in bulimia nervosa and borderline personality disorder. A dissertation submitted to Kent State University.
16. Jennifer M. (2013): Emotional awareness and Alexithymia: emotional processing and regulation in Adolescence. Doctorate, Queen's University Kingston, Canada.
17. Katreena L. (1996): Resilience in Maltreated Youth: The Role of Emotional Regulation. Faculty of Graduate Studies The University of Western Ontario London, Ontario.
18. Leah C. (2010): Starved of Emotion: A Path Analysis Examining the Relationships between Emotional Regulation, Thin-Ideal Internalization, and Problematic Eating Behavior. Presented to the Faculty of the California School of Professional Psychology San Francisco Campus Alliant International University.
19. Leslie A. S. (2002): Emotion Regulation in adolescent female with bulimia nervosa an information processing perspective. The Graduate School the University of Maine.
20. Moorey, J. (1993): Living with anorexia and bulimia. Manchester University press.
21. Probst, M., Vanderey Cken, W. & Van Coppenolle, H.(1998): The significance of body size estimation in eating disorder. Int. J. Eat disorder, sep, 24(2) pp. 167-174.
22. Russel, G., (1979): bulimia nervosa. AN omionous variant of anorexia nervosa psychology Medicine, Vol. 9pp.429-448.
23. Silverman, G. (1992): Historical development .In k. Halmi (Ed.). Psychopiology of anorexia nervosa and bulimia nervosa. New York: American psychiatric association, Inc.
24. Woodside, D. B. (1995): The review of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Current problem in pediatrics, Vol. 25, pp.67-89.